

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี*

COMMUNITY PARTICIPATION IN CARING OF COMPLEX CHRONIC SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN NONGJIK, PATTANI PROVINCE.

เปรมฤดี ดำรักษ์¹ อังคณา วังทอง² นายแพทย์อนุชิต วังทอง³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน โดยที่มวิจัยได้ดัดแปลงกิจกรรมย่อยบางส่วนจากรูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงพยาบาลสราญรมย์ เพื่อความเข้าใจง่ายและความเหมาะสมตามบริบท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-34 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง สถานภาพทางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รองลงมาคือความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ส่วนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน 7 กิจกรรม สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน วงจรที่ 3 ผูกพันต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการศึกษานี้ เป็นรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จ.ยะลา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) โรงพยาบาลหนองจิก

³ผู้อำนวยการ (นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

ABSTRACT

This study is a Qualitative research for studying the community participation in caring of complex chronic schizophrenic patients in Nongjok prefecture, Pattani province. Sample group of 50 people. Two research tools in this study include (1) general information of the sample group (2) community participation activities in caring of complex chronic schizophrenic patients which the research team had applied Some minor things . from community participation activity format of Saranrom hospital. easy to understand and appropriate to the context. The results showed that most of the sample group were female muslim, aged between 25–34 years, marriage

status, high school graduated, employed career, social status of the most were health volunteers while subordinate were parents of the patients. In the aspect of sample group summarized in 3 cycles. The first cycle is attitude link by propagation of feels and attitudes. The second is mind uniting to share and learn experiences of caring. The third cycle is mind binding by finding the format of community participation in join to think, join to do, join to plan, and force to be activity owners by emphasizing the patients to be the center, with accordingly to the context of the community area. The study result is one of the activity format which was set for producing group behaviors in caring of complex chronic schizophrenic patients which already had to participate in caring and rehabilitate the schizophrenic patients and finalized to their good quality of life

Keywords: community participation, complex chronic schizophrenic patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความชุกมากที่สุด โดยพบว่าประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5: 1000 คนต่อปี (American Psychiatric Association[APA], 1995, อ้างถึงในคนณรงค์ ศิริเสถียร, 2550) จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตพบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น จาก 1,022,504 รายในปี 2552 เป็น 1,055,548 ราย และ 1,091,264 ราย ในปีงบประมาณ 2553 และ 2554 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2554) จะเห็นได้ว่าอัตราการเจ็บป่วยทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นการสูญเสียเศรษฐกิจและทรัพยากรของประเทศในขณะที่จำนวนบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคลากรอื่นๆ มีจำนวนไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (สุจิตรา นนมีใส, 2548)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านอารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ อาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการ

ด้านลบ การดำเนินโรค มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปแบบเรื้อรังและรุนแรงมี 3 ระยะ คือระยะที่มีอาการ (Prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิชัย, 2548) เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง ส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลานาน (มานิช หล่อตระกูล, 2545) ประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล ก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุด โดยให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

ศูนย์เฝ้าระวังฟื้นฟูสุขภาพจิต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี มีผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน ประมาณ 338 ราย แยกเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) 67.7%, โรคซึมเศร้า (depression) 22.1 % และโรควิตกกังวล

(GAD) 10.2 % ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต และกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม (ศูนย์เฝ้าระวังยาพิษสุขภาพจิต, 2554)

กล่าวได้ว่าครอบครัวและชุมชนมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540)

ดังนั้น ทีมวิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษา และรับประทายอย่างต่อเนื่อง พร้อมหาแนวทางให้ได้รับการบริการและแก้ปัญหาในชุมชนที่เหมาะสม ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ลดปัญหาของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ให้การช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยสามารถอาศัยในสังคมได้ อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักดิ์ศรีในสังคม (จารุวรรณ ประดา, 2545)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2554 – เมษายน 2555

การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด

การวิจัยศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยทีมวิจัยได้ดัดแปลงกิจกรรมย่อยบางส่วนจากรูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงพยาบาลสราญรมย์ (นาฎยา คงวัดใหม่, 2549) ซึ่งมี

การกำหนดกิจกรรมดังนี้

1.1 เพื่อนพบเพื่อน จุดประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพการยอมรับจากชุมชน ได้รับการยกย่อง เกิดความอบอุ่น มีความรู้สึกเชิงบวก เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

1.2 มองต่างมุม จุดประสงค์ เพื่อเรียนรู้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคล เรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับสิ่งดีๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชม ร่วมให้กำลังใจ แก่ไขจุดบกพร่อง นำความผาสุกสุดันและชุมชน

1.3 ด้วยรักและผูกพัน จุดประสงค์ เพื่อสำรวจปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่น พร้อมทั้งเกิดความภาคภูมิใจ

1.4 การรับรู้ของเราต่อผู้ป่วยจิตเวช จุดประสงค์ เพื่อสำรวจปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน รับรู้ในผลกระทบของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ได้ประสานความรู้สึก พลังความเห็นใจ แสดงความเข้าใจต่อผู้ดูแล ครอบครัว ผลักดันให้เกิดพลังความร่วมมือช่วยเหลือ และเพิ่มเติมความรู้เรื่องของโรคจิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อโรค ต่อบุคคลที่เจ็บป่วย และต่ออาการแสดงของผู้ป่วย เกิดความคิดเชิงบวก เกิดพลังเจตนาหรือประสงค์ถึงทิศทางที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ

1.5 ความคาดหวังของเราต่อผู้ป่วยจิตเวช จุดประสงค์ เพื่อสำรวจความมุ่งหวังที่จะต้องการให้เกิดต่อผู้ป่วย เกิดเป็นความหวังร่วมกัน

1.6 ร่วมคิดร่วมทำ จุดประสงค์ เพื่อร่วมกันค้นหาวิธีการที่ช่วยให้ความมุ่งหวังที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคจิต โดยให้เรียนรู้วิธีคิดอย่างมีเหตุผลและเป็นรูปธรรม และกระทำได้จริง

1.7 งานของเรา เพื่อร่วมกันวางแผนที่จะร่วมกันแสดงพฤติกรรมให้บรรลุความหวัง มีการมอบหมายหน้าที่ กำหนดกิจกรรมการดำเนินกิจกรรม

จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นการนำปัจจัยและแหล่งประโยชน์ที่บุคคลชุมชนมีอยู่ มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน โดยชุมชนนั้น เป็นการให้แหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งความสุขเป็นผลประโยชน์ร่วมกันที่ทุกคนคำนึงถึง(วาสนา, 2546)

นิยามศัพท์

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างจริงจัง และจริงจัง โดยตกลงใจร่วมกัน พิจารณาแก้ปัญหาหรือ การร่วม รับผิดชอบในสังคม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ปฏิบัติเพื่อให้ ได้รับความสุข ความพึงพอใจร่วมกัน (นาฏยา คงวัตใหม่, 2549)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนที่บ้าน หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาที่มีอาการ ทุเลา พอที่จะอยู่ที่บ้านในสังคมเดิมของเขาได้ โดยมีญาติ ครอบครัวยุ ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยม บ้าน เพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูและส่งเสริม สุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก รวมทั้ง ครอบครัวยุ ชุมชน ที่จะช่วยดูแลช่วยเหลือ (จตี เจริญสรรพ และคณะ, 2548)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีการศึกษาและเก็บรวบรวม ข้อมูลดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ในเขตพื้นที่ อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยกำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้ทะเบียนรายชื่อที่มีในศูนย์เยี่ยมยาฟื้นฟูสุขภาพจิต อำเภอนองจิก จังหวัด ปัตตานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบเป็น เครื่องมือที่สร้างขึ้น และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยที่มิวิจัยได้ดัดแปลงกิจกรรมย่อยบาง ส่วนจากรูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน 7 กิจกรรม ของโรงพยาบาลสราญรมย์ (นาฏยา คงวัตใหม่, 2549) และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยเก็บ ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 50 คน และถามความสมัครใจในการทำกลุ่ม สัมภาษณ์ และสังเกต โดยใช้เวลากิจกรรมละ 30 – 60

นาที กลุ่มละ 10 คน จำนวน 5 กลุ่ม ภายหลังจากกลุ่ม สัมภาษณ์ ทีมวิจัยทำการถอดเทปทุกคำ และตรวจสอบ ข้อมูลที่ได้ เมื่อพบข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ ได้โทรศัพท์ไป ขอข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรายนั้นเพิ่มเติม และวิเคราะห์ ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล จนได้ข้อมูลอิมตัว แล้วจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ที่ได้จากการตอบ แบบสอบถาม วิเคราะห์ โดยการหาความถี่ ร้อยละและ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยใช้วิธีการอ่านข้อมูลหลายๆ ครั้ง กลับกรองประเด็น สำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ แล้วเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้ จากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ปรับหมวดหมู่ให้มีความชัดเจน กระจ่าง ลดความซ้ำซ้อน และครอบคลุมมากขึ้นซ้ำกัน หลายๆครั้ง จนกระทั่งไม่พบหมวดข้อมูลใหม่

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทีมวิจัยสรุปประเด็น ที่ได้หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทุกครั้งกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อ ยืนยันความถูกต้องเขียนบันทึกความคิดความรู้สึกของผู้ วิจัยกับผู้ร่วมวิจัย (investigator triangulation)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.00 มีอายุอยู่ในช่วง 25 – 34 ปี ร้อยละ 64.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อย ละ 77.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 มีระดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.00กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพทางสังคมเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข และร้อยละ 56.00 มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ ปกครอง เป็นต้น รองลงมาร้อยละ 14.00 มีความสัมพันธ์ เป็นบิดา/มารดา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การ มีส่วนร่วมของชุมชน 7 กิจกรรม สรุปได้เป็น 3 วงจร ดัง ต่อไปนี้

วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย

การสร้างการมีส่วนร่วมในวงจรมี กลุ่มตัวอย่าง แต่ละคนปฏิบัติจากการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังคำพูด

“กะนะเป็น อสม. ต้องดูแลชาวบ้านในพื้นที่

รับผิดชอบ รู้ว่าในพื้นที่ที่กะนั้นมีคนป่วยโรคจิตหลายคน บ่อยๆ ที่คนป่วยมีอาการกำเริบเพราะไม่กินยา กะนั้นรู้สึกกลัว ไม่อยากเข้าใกล้ กลัวจะมาทำร้าย แต่ก็สงสาร เห็นใจเค้านะ” (G2)

การได้มาของการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของวงจรถีนี้ ประกอบด้วย กิจกรรมการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. กิจกรรมเพื่อนพบเพื่อน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ เริ่มด้วยการทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นไปอย่างราบรื่น เนื่องจากทีมวิจัยคุ้นเคยและมีสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างและเคยร่วมงานมาก่อน และกลุ่มตัวอย่างเองล้วนมีจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วย จึงยินดีในการให้ข้อมูลเพื่อที่จะสรุปเป็นความรู้ให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อไป กลุ่มตัวอย่างกล้าซักถามข้อสงสัยต่างๆ จากทีมวิจัย เกิดความไว้วางใจ ในการให้ข้อมูลที่แท้จริงจากกลุ่มตัวอย่างต้องอาศัยความไว้วางใจ ทีมวิจัยได้สร้างความไว้วางใจ โดยอาศัยความคุ้นเคยที่เคยทำงานร่วมกันมาก่อน กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ ได้ข้อสรุปด้วยตนเองเกี่ยวกับทีมวิจัยว่าเป็นอย่างไร ไร้วางใจหรือไม่ ซึ่งจากคำพูดหรือท่าทีที่แสดงออกทำให้เห็นถึงความไว้วางใจต่อทีมวิจัย ในขณะที่ทำกิจกรรมทีมวิจัยให้ความสนใจและตั้งใจฟัง พยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างบอกโดยไม่ได้แย้ง

2. กิจกรรมมองต่างมุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง รู้จักและเข้าใจตนเองเห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตนเอง นำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้ รู้จักและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคล เรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดี ยอมรับสิ่งดีๆ ของบุคคลอื่น มาชื่นชมร่วมให้กำลังใจ แก่ไขจุดบกพร่อง ยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น นำความผาสุกสู่ตนและชุมชน ดังคำพูดที่ว่า

“เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเวชที่ทำตัวดี ก็จะมีชมเชยชื่นชมเป็นกำลังใจเค้า” (G1)

“การที่มีกิจกรรมดูแลผู้ป่วย ทำให้ตนเองรู้จักและเข้าใจถึงความแตกต่างของคน มองสิ่งดีของกันและกัน ปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นอยู่” (G4)

วงจรถี 2 ร้อยใจร่วมกัน

ขั้นตอนนี้หลังจากได้ทำความรู้จัก สร้าง

สัมพันธ์ภาพการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละคนปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน โดยได้ข้อสรุปดังนี้

1. กิจกรรมด้วยรักและผูกพัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจปัญหาตระหนักรู้ถึงศักยภาพความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่น พร้อมทั้งเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งความภาคภูมิใจเป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลมีต่อตนเอง เป็นการรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง หรือการมีภาพพจน์ของตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า การรับรู้นี้จะนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจ ทุกคนล้วนแต่มีสิ่งที่อยู่ในตัวไม่มากนักน้อย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่มีภาคภูมิใจในตนเอง คนที่รู้สึกภูมิใจในตนเองจะเป็นคนที่สามารถให้ความรักเอื้ออาทรกับบุคคลอื่นได้ คนที่ไม่มีภาคภูมิใจในตนเอง แม้ว่าจะอยู่ในสภาพครอบครัวที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ ก็อาจมีปัญหาการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ยาก คนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองจะเป็นคนที่แข็งแรงมีความมั่นใจในตนเอง เป็นที่พึ่งให้ผู้อื่นได้ และกล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเช่นกัน โดยการเสริมกิจกรรมเพื่อสร้างความเห็นใจและซาบซึ้ง เช่น

-ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นมารดา/บิดา ผู้ซึ่งมีความรักต่อบุตร ได้พูดระบายความรู้สึกต่อลูกและการเผชิญกับการมีบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้วยโรคทางจิต ความปรารถนาที่อยากให้เป็นไปของอาการของบุตร ดังคำพูดที่ว่า

“สงสารลูก ที่เพื่อนบ้านด่ารังเกียจ กลัว ไม่อยากยุ่ง” (G1)

“เป็นโรคที่ไม่หาย ต้องกินยาตลอด บางครั้งก็เบื่อ แต่เป็นลูกจึงต้องทน” (G4)

-กระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง แสดงความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลแสดงความรู้สึกที่เห็นใจ อยากจะช่วยเหลือ อยากจะแบ่งเบา เป็นต้น ดังคำพูดที่ว่า

“มีการประสานงานและสร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมกันดูแลช่วยเหลือ” (G1, G3)

“ลูกได้รับการรักษาและผู้ที่อยู่รอบข้างเข้าใจ ให้ความสำคัญกับลูกดิฉัน ดูแลสุขภาพจิตใจได้อย่างดี ดิฉันมีกำลังใจ ยอมรับความจริง และดูแลลูกที่ป่วยได้เป็นอย่างดี” (G2)

- กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลโรค การรักษาเบื้องต้น ตอบปัญหาข้อข้องใจในสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วย

จิตเภทดีขึ้น ด้วยการดูแลรักษาโดยชุมชน ดังคำพูดที่ว่า

“นำหลักศาสนามาใช้ควบคู่กับการกินยา เพื่อจะช่วยให้สงบ มีสติขึ้น” (G2)

“อบต.เข้ามาช่วยเรื่องอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีงานทำ เพิ่มความภาคภูมิใจแก่ตนเอง” (G2)

2. กิจกรรมการรับรู้ของเราต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันตรวจสอบสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว รับรู้ในผลกระทบของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ประสานความรู้สึกพลังความเห็นใจ แสดงความเข้าใจต่อผู้ดูแลครอบครัว ผลักดันให้เกิดพลังความร่วมมือช่วยเหลือ และได้รับทราบร่วมกันว่าการเจ็บป่วยทางจิต มิใช่ปัญหาเฉพาะของครอบครัว แต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย ดังคำพูดที่ว่า

“วันก่อนกะกะห์ดูข่าวในทีวี ที่แม่ฆ่าลูก 2 คน คิดว่าลูกเป็นหมู เห็นข่าวแล้วสะเทือนใจ กะกะห์คิดว่าทุกคนก็คิดและรู้สึกเหมือนกะกะห์ มันมีผลทั้งหมด เราต้องช่วยกัน” (G3)

3. กิจกรรมความคาดหวังของเราต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจความมุ่งหวังของตน ที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน และให้ชุมชนได้รับความรู้ ความมุ่งหวังของกลุ่มตัวอย่างคนอื่น ที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันคิดถึง ความมุ่งหวังร่วมกันที่เป็นจริงได้ ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน เนื่องจากการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สร้างจิตนาการเกี่ยวกับความมุ่งหวังของตนที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือ หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ดังคำพูดที่ว่า

“อยากให้ผู้นำศาสนาได้รับความรู้ด้านจิต เพื่อที่จะใช้ความรู้ที่ได้ ไปบอกต่อชาวบ้านที่เป็นมุสลิมที่มาละหมาดที่มัสยิด หรือชาวพุทธที่มาทำบุญที่วัด” (G2)

“สร้างทีมเครือข่าย แบ่งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตในชุมชน” (G1)

วงจรถี 3 ผูกพันต้องใจ

ขั้นตอนนี้เป็นารค้นหาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และผลักดันที่จะร่วมกันเป็นเจ้าของ เพื่อแสดงพฤติกรรมการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ได้ข้อ

สรุปดังนี้

1. กิจกรรมร่วมคิดร่วมทำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้การคิดหาวิธีการต่างๆ อย่างมีเหตุผลและรูปธรรมที่จะทำให้ความมุ่งหวังนั้นสำเร็จร่วมกัน ที่เกิดจากการร่วมคิดและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยกลุ่มคนในชุมชน ผลลัพธ์ที่เกิดจากการร่วมคิดร่วมช่วยคนในชุมชน พอสรุปได้ดังนี้ คือ ผลทางจิตใจ คือ ทำให้เกิดความสุขหรือสุขภาพดี เพราะความรู้สึกอบอุ่นความรู้สึกมั่นคง ความรู้สึกปลอดภัย มีความหมาย มีคุณค่าและส่งผลให้เกิดสุขภาพดี ดังคำพูดที่ว่า

“การช่วยกันดูแล มันมีผลทางใจที่จะทำให้งานสำเร็จได้ง่าย ซึ่งมันเป็นผลดีในภาพรวม” (G3)

“การช่วยผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เรามีความสุขใจ ได้มิตรภาพที่ดี และดีใจที่ได้เห็นรอยยิ้มของเขาและครอบครัวอีกครั้ง” (G2)

ผลทางวัตถุ คือ กลุ่มคนหรือชุมชนที่มีกิจกรรมร่วมกัน ย่อมมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แบ่งปันทางวัตถุ เช่น อาหาร ข้าวของเครื่องใช้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความมั่นคงในชีวิต ดังคำพูดที่ว่า

“อบต.เข้ามาช่วยเรื่องอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีงานทำ เพิ่มความภาคภูมิใจแก่ตนเอง” (G2)

ผลทางสังคม คือ เมื่อมีการร่วมคิดร่วมทำ ย่อมให้เกิดเป็นพลังงานทางสังคมที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตของคนในสังคม ดังคำพูดที่ว่า

“การร่วมกันแก้ปัญหาคนละเล็กละน้อย จะทำให้เกิดความสามัคคี เกิดพลังชุมชนขึ้น ทำให้ชุมชนมีความสุข” (G4)

2. กิจกรรมงานของเรา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างจัดทำแผนงานการดำเนินงานอย่างมีขั้นตอน เป็นระบบ มอบหมายหน้าที่โดยเน้นการมีส่วนร่วม จะทำให้มีความชัดเจนและสะดวกต่อการติดต่อ พร้อมผลักดันที่จะร่วมกันแสดงพฤติกรรมการทำงานให้บรรลุความหวัง ดังคำพูดที่ว่า

“การที่เราาร่วมกันวางแผน แบ่งหน้าที่ และทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุด จะทำให้เรามีความสุข คนรอบข้างก็มีความสุข” (G1)

ดังนั้น สามารถกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นการดำเนินการกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการนำปัจจัยและ

แหล่งประโยชน์ที่บุคคล ชุมชนมีอยู่ มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนโดยชุมชนนั้น เป็นการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งความสุขเป็นผลประโยชน์ร่วมกันที่ทุกคนคำนึงถึง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2546) อันเกิดจากการสร้างคนในชุมชนของตนเอง ให้มีความรู้ เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง เพื่อจัดระบบการดูแล แก้ไข ติดตาม และประเมินผล (นาฏยา คงวัดใหม่, 2549) อีกทั้งยังสร้างและขยายเครือข่าย เกิดการประสาน ส่งต่อข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง (สกุลชาติ กลีพงษ์, 2550)

การอภิปรายผล

จากการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ซึ่งเกิดการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถยอมรับ และปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ญาติมีความรู้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ญาติและชุมชนยอมรับ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งจำเป็น (มนตรี จันทา สมัทนา กลางคาร และจุฬารัตน์ ท้าวหาญ, 2554) ประกอบด้วย เจตคติด้านความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมชุมชนด้านความต้องการแสดงพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

1. เจตคติด้านความรู้สึกและความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง

2. พฤติกรรมชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการสร้างเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง จากชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

ด้านความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน

1. กิจกรรมเพื่อนพบเพื่อน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวของกลุ่มตัวอย่าง เกิดความสนุกสนาน และเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมกิจกรรม โดยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง

ได้ค้นหาความดีของคนอื่น เป็นการสร้างความรู้สึกดี นำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดี ส่งเสริมความพร้อมในการทำงานร่วมกัน อาจเนื่องจากว่า การสร้างความสัมพันธ์หรือการสัมพันธ์ภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งของมนุษย์ ที่จะส่งเสริมความพร้อมในการดูแล ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญที่ถูกค้นพบในการอยู่ร่วมกันในสังคม การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เกิดความไว้วางใจกล้าที่จะระบายนปัญหาต่างๆ ให้ผู้ให้บริการสุขภาพฟัง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์อาธิระสมบุรณ์(2543) ที่กล่าวว่าการศึกษาสัมพันธ์ภาพทางการพยาบาล เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมากคือพยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือ ในการสร้างสัมพันธ์ภาพ เกิดการเปิดเผยข้อมูลหรือความรู้สึกทั้งในด้านกรกระทำ ความคิดและความรู้สึก โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เกิดความพร้อมในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร เกิดโชค (2553) เรื่องมุมมองของพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความพร้อมในการดูแลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญของการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในการที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวนั้นสามารถดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน

2. กิจกรรมมองต่างมุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักและเข้าใจตนเอง เห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตนเอง นำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะที่เดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคล เรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดี ยอมรับสิ่งดีๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชม ร่วมให้กำลังใจ แก่ไขจุดบกพร่อง ยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น นำความผาสุกสู่ตนและชุมชน อาจเนื่องจากว่า การที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข นอกจากจะต้องเริ่มจากการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันแล้ว บุคคลควรจะรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมทัศนคติหรือเจตคติที่ดี สอดคล้องการศึกษาของรัชนิกร เกิดโชค(2553) เรื่องมุมมองของพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมทัศนคติที่ดีของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมความพร้อมให้สมาชิกครอบครัวสามารถที่จะดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภท กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการดูแล

และเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องการศึกษาของกาญจนา เหมะรัต, วิภาวี ผ่องกันทรารกร และสุชาดา หุณฑสาร(2555) เรื่องการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น เกิดเครือข่ายสุขภาพ เกิดความภาคภูมิใจมีความสุข และชุมชนมีความร่วมมือเป็นอย่างดี มีความช่วยเหลือเกื้อกูล ความเห็นอกเห็นใจของคนในชุมชนมากขึ้น เกิดความสามัคคี รักใคร่กันมากขึ้น อันจะนำไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถที่จะใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีความสุข จะทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งจะนำความผาสุกมาสู่สังคมส่วนรวม

ด้านความคิดเห็นต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน

1. กิจกรรมด้วยรักและผูกพัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจปัญหาของกลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงศักยภาพ

ความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่น พร้อมทั้งเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งความภาคภูมิใจเป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลมีต่อตนเอง เป็นการรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง หรือการมีภาพพจน์ของตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า การรับรู้นี้จะนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจ ทุกคนล้วนแต่มีสิ่งที่ดีอยู่ในตัวไม่มากนักน้อย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ภาคภูมิใจในตนเอง คนที่รู้สึกภูมิใจในตนเองจะเป็นคนที่สามารถให้ความรักเอื้ออาทรกับบุคคลอื่นได้ คนที่ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง แม้ว่าจะอยู่ในสภาพครอบครัวที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ ก็อาจมีปัญหาการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ยาก คนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองจะเป็นคนที่แข็งแรงมีความมั่นใจในตนเองเป็นที่พึ่งให้ผู้อื่นได้ และกล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเช่นกัน โดยการเสริมกิจกรรมเพื่อสร้างความเห็นใจและซาบซึ้ง เช่นการศึกษาของ อารี สุภาวงศ์ (2549) พบว่า การที่สมาชิกครอบครัวเป็นโรคจิตเภทเป็นเรื่องน่าอาย และไม่ต้องการให้ผู้อื่นว่ามีสมาชิกครอบครัวเป็นโรคจิต ผู้ดูแลมีความลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนบ้านและคนในสังคมจะรังเกียจและซ้ำเติมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสะเทือนใจ โดยเฉพาะครอบครัวที่อยู่ในชนบท ลักษณะตามธรรมชาติของคนชนบทจะมีความสนใจเรื่องราวของผม ในหมู่บ้านมีการเล่าเรื่องราวปากต่อปาก หากครอบครัวใดมีผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือ

ไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ท่าทีของเพื่อนบ้าน ของชุมชนที่แสดงต่อผู้ป่วยเป็นตราบาบในใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (อารี สุภาวงศ์, 2549)

2. กิจกรรมการรับรู้ของเราต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันสำรวจสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว รับรู้ในผลกระทบของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ประสานความรู้สึกพลังความเห็นใจ แสดงความเข้าใจต่อผู้ดูแลครอบครัว ผลักดันให้เกิดพลังความร่วมมือช่วยเหลือ และเพิ่มเติมความรู้เรื่องของโรคจิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อโรคติดต่อบุคคลที่เจ็บป่วย และต่ออาการแสดงของผู้ป่วย เกิดความคิดในเชิงบวก เกิดพลังเจตนาหรือประสงค์ถึงทิศทางการต้องการดูแลช่วยเหลือ จะช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ช่วยกันมองปัญหาได้กว้างมากขึ้น ละเอียดยิ่งขึ้น และได้รับทราบร่วมกันว่าการเจ็บป่วยทางจิต มิใช่ปัญหาเฉพาะของครอบครัว แต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย

จากการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก โดยใช้รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันหาสภาพปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ทำให้ทราบประเด็นปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน 1) ขาดความรู้เรื่องโรคทางจิต 2) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดความรู้ในการสังเกตและจัดการกับอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยา, ผู้ป่วยคิดว่าหายดีแล้ว, อาการข้างเคียงของยา ทำให้เกิดความทรมาน, ระยะเวลาที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา รวมทั้งไม่สามารถบอกระยะเวลาที่แน่นอนว่าจะหยุดรับประทานยาได้เมื่อไร ความซับซ้อนของการรักษา เกิดความลำบาก ยุ่งยาก สอดคล้องกับงานวิจัยของอารี สุภาวงศ์(2549) เกี่ยวกับการรับประทานยา ส่วนมากผู้ป่วยมักไม่รับประทานยาต่อเนื่อง อาจเนื่องมาจากอาการข้างเคียงของยา หรือว่าตนเองหายดีแล้ว ไม่จำเป็นต้องรับประทานอีก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ 3) สังคมมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะผลกระทบจากปัญหาผู้ป่วยจิตเภทขาดผู้ดูแล ครอบครัวปล่อยให้ยู่ลำพัง ไม่ดูแลเท่าที่ควร ผลจากการทำกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหวาดกลัวผู้ป่วยโรคจิต เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายญาติ และผู้ที่อยู่ใกล้เคียง เป็นต้น

3. กิจกรรมความคาดหวังของเราต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจความมุ่งหวังของตน ที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน และให้ชุมชนได้รับความรู้โรคจิตในชุมชน พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันคิดถึงความมุ่งหวังร่วมกันที่เป็นจริงได้ ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน อาจเนื่องจากการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สร้างจิตนาการเกี่ยวกับความมุ่งหวังของตนที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือ รับรู้ว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สอดคล้องการศึกษาของ แก้วตา มีศรีและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2555) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรู้สึกหวั่นไหวซึ่งกันและกัน มีความใกล้ชิดผูกพันทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาของพรประไพ แยกเต๋า, สุวดี วงษ์พนม, จารี ทิพย์พินิจ และหทัยรัตน์ นพมิตร (2554) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นพลังที่สำคัญยิ่งและมีความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตปกติ ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวและชุมชนมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับมาก และร้อยละ 94.8 อาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจในการดำเนินงาน มีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

รูปแบบการกำหนดพฤติกรรมชุมชน ด้านความต้องการแสดงพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง จากชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1. กิจกรรมร่วมคิดร่วมทำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้การคิดหาวิธีการต่างๆ อย่างมีเหตุผลและรูปธรรมที่จะทำให้เกิดความมุ่งหวังนั้นสำเร็จร่วมกัน อาจเนื่องจากการให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการคิดและกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา ย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมและรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

และทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบการณ์สำหรับการแก้ไขปัญหาอื่นๆ อาจเนื่องจากการดำเนินงานอย่างจริงจังจริงจังใจ ให้ความสนใจ โดยการตกลงใจร่วมกัน และร่วมรับผิดชอบ ร่วมคิด ร่วมช่วยในการแก้ปัญหาเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจร่วมกัน (นาฎยา คงวัดใหม่, 2549) และเมื่อมีส่วนร่วมที่แท้จริง กิจกรรมก็จะยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับของเพื่อนบ้าน (วาสนา จันทร์สว่าง, 2546) นอกจากนี้การรวมกลุ่มกันยังทำให้บุคคลเกิดความสุข เกิดความอบอุ่น และทำให้มีประสิทธิภาพที่จะทำงานให้ประสบผลสำเร็จ

2. กิจกรรมงานของเรา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวิธีการวางแผน จัดทำแผนงานและมอบหมายความรับผิดชอบ และผลักดันที่จะร่วมกันแสดงพฤติกรรมการทำงานให้บรรลุความหวัง อาจเนื่องจากการที่ผลักดันการทำงานให้บรรลุเป้าหมายใดๆ ก็ตาม การวางแผนเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง ความเหมาะสมในการวางแผน จะช่วยให้ดำเนินงานอย่างมีขั้นตอน มีระบบ อีกทั้งการมอบหมายความรับผิดชอบ การทำงาน มอบหมายหน้าที่ กำหนดกิจกรรมการควบคุมกิจกรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วม จะทำให้มีความชัดเจนและสะดวกต่อการติดต่อ กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช จัดอบรมฟื้นฟูโรคด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่เครือข่าย ปีละ 1 ครั้ง 2) การพัฒนาระบบการส่งเสริมการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อทราบถึงข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยจิตเภท มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยจิตเวช และการได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมสุขภาพและจากชุมชน ได้มีการจัดทำแผนให้บริการ/ติดตามด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กำหนดลงพื้นที่เดือนละครั้งโดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายชุมชน พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โดยใช้การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Learning: CBL) พัฒนาระบบส่งต่อด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พัฒนาระบบการConsult มีพี่เลี้ยงโดยเฉพาะ

อัตราผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งต่อกลับ รพ.สต. ได้รับการดูแลต่อเนื่อง 3) มีการได้รับการดูแลจากชุมชน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมักมีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพแม้จะได้รับการ

การรักษาอย่างดีและต่อเนื่อง (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยว่าจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร ไม่แน่ว่าใครจะดูแลผู้ป่วยและกังวลว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการระบายความเครียดและหาทางออกที่เหมาะสม เช่น การประกอบอาชีพ การเล่นเกม การประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ และเพิ่มควมมีคุณค่าในตัวเองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.00 มีอายุอยู่ในช่วง 25 - 34 ปี ร้อยละ 64.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 77.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.00 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพทางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และร้อยละ 56.00 มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นเจ้าของที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ปกครอง เป็นต้น รองลงมา ร้อยละ 14.00 มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ส่วนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ได้มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน 7 กิจกรรม สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในวงจรมี กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนปฏิบัติจากการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกัน เป็นขั้นตอนนี้หลังจากได้ทำความรู้จัก สร้างสัมพันธ์ภาพการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน วงจรที่ 3 ผูกพันต้องใจ เป็นขั้นตอนในการค้นหารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผนและผลักดันที่จะร่วมกันเป็นเจ้าของ เพื่อแสดงพฤติกรรมการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ได้รูปแบบการสร้างเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง จากชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้ 1. ด้านความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ด้วยกิจกรรมเพื่อนพบเพื่อนและกิจกรรมมองต่างมุม 2. ด้านความคิดเห็นต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ซับซ้อน ด้วยกิจกรรมด้วยรักและผูกพัน, กิจกรรมการรับรู้ของเราต่อผู้ป่วยจิตเวช และกิจกรรมความคาดหวังของเราต่อผู้ป่วยจิตเวช ส่วนรูปแบบการกำหนดพฤติกรรมชุมชน ด้านความต้องการแสดงพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง จากชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยกิจกรรมร่วมคิดร่วมทำ และกิจกรรมงานของเรา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวิธีการวางแผนจัดทำแผนงานและมอบหมายความรับผิดชอบ และผลักดันที่จะร่วมกันแสดงพฤติกรรมการทำงานให้บรรลุความหวัง

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนโดยชุมชน เพื่อเกิดรูปแบบแนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อย่างเหมาะสม
2. ศึกษาติดตามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน และควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ด้านผู้ป่วยและครอบครัว พบว่ามีความเชื่อส่วนบุคคลเรื่องอาการป่วย ทำให้ไม่สนใจการดูแลที่บ้านของพยาบาล, ครอบครัวอับอายทำให้ไม่ยอมพบพยาบาล, มีปัญหาเศรษฐกิจต้องออกไปทำงานนอกบ้านไม่สามารถอยู่พบพยาบาลได้, ญาติผู้ป่วยบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการเยี่ยมผู้ป่วยตามนัดและญาติผู้ป่วยบางรายขอกำหนดวันเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย

ด้านหน่วยงาน จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนที่บ้านได้น้อย ไม่ต่อเนื่อง

ด้านลักษณะของพยาบาล ไม่สามารถสื่อสารภาษา (ยาวิ) ได้ ส่งผลให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้น้อยลง, ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและภาระงานที่มาก ประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กองแผนงาน. (2554). *เปรียบเทียบการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546-2550*.
- กาญจนา เหมะรัต, วิภาวี เผ่ากันทรกร และสุชาดา หุ่นทสาร. (2555). *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 1-15.
- แก้วดา มีศรีและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555). เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 35-49.
- คณางค์ ศิริเสถียร. (2550). *การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จลี เจริญสรทรัพย์ และคณะ. (2548). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต.
- จารุวรรณ ประดา. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ ความพร้อมขององค์การกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ* ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช. ค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2555, จาก <http://app2.bcnet.in.th/ulib57/dublin.php?ID=13399109543>.
- จันทร์หา ธีระสมบุรณ์. (2543). *แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล*. คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, สุราษฎร์ธานี.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*. ค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2555, จาก http://www.dmhweb.go.th/sranrom/community_psy/hhc.2.htm.
- นาฎยา คงวัดใหม่. (2549). *เจตคติของเพื่อนบ้านต่อผู้ป่วยจิตเวช: เปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผ่านกระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1*. สงขลา: โรงพิมพ์เทพการพิมพ์.
- พรประไพ แยกเต้า, สุวดี วงษ์พนม, จาริ ทิพย์พินิจ และหทัยรัตน์ นพมิตร. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 130-142.
- มนตรี จันทร์หา, สุมัทนา กลางคาร และจุฬารัตน์ หัวหาญ. (2554). รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศิขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*. 7(1), ประจำเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2554.
- มาโนช หล่อตระกูล (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สุวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปรำโหมทย์ สุนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร เกิดโชค. (2553). สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชกับสมาชิกครอบครัว: การส่งเสริมความพร้อมในการดูแล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 14-23.
- วาสนา จันทร์สว่าง. (2546). *การมีส่วนร่วม: การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของชุมชน*. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อัดสำเนา.
- ศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. (2554). *ทะเบียนผู้รับบริการคลินิกอ่อนรัก*. มปท.

- สกุลชาติ กสิพงษ์. (2550). โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบบูรณาการ. ค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2555, จาก <http://hsmi.psu.ac.th/pcuinnovation/pcu/887>.
- สุจิตรา แนมใส. (2548). การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อารี สุภาวงศ์. (2549). การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์.